**2026年度　地域指定校推薦**

※受験番号

志願者以外の連絡先

・必ず2カ所記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 推　薦　書  西暦　　　　年　　月　　日  独立行政法人国立病院機構  北海道医療センター附属札幌看護学校長　殿  学校名  校長印  校長名  　下記の者は、貴学の指定校推薦基準を満たす者と認め推薦いたします。  記  志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日生  被推薦者の選考事項 |
| 【１．看護職に対する能力（対人関係能力・コミュニケーション能力）適正（倫理性・誠実性）・本人の意思】 |
| 【２．生活態度・人物所見】 |

※受験番号の記入は不要です。

|  |
| --- |
| 【３．学習及び成績に対する所見】 |
| 【４．課外活動に対する所見】 |
| 【５．健康状況・出席状況】 |
| 【６．その他参考事項】 |